

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON  
Année Scolaire 1903-1904. — N° 179

---

# Le Rôle de Déplissement alvéolaire Dans la Pneumonie

---

## THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

*Et soutenue publiquement le 21 Juillet 1904*

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**Emile BRAMARD**

*Né à Vandenesse (Nièvre), le 16 Août 1880*



LYON  
IMPRIMERIE J. PRUDHOMME

32, Cours Gambetta, 32

—  
1904



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON  
Année Scolaire 1903-1904. — N° 179

---

# Le Rôle de Déplissement alvéolaire

## Dans la Pneumonie

---

### THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

*Et soutenue publiquement le 21 Juillet 1904*

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**Emile BRAMARD**

*Né à Vandenesse (Nièvre), le 16 Août 1880*



LYON

IMPRIMERIE J. PRUDHOMME

32, Cours Gambetta, 32

—  
1904

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET . . . . . DOYEN.  
HUGOUNENQ . . . . . ASSESSEUR.

## PROFESSEURS HONORAIRES MM. PAULET, CHAUVEAU.

### PROFESSEURS

|                                                           |   |                 |
|-----------------------------------------------------------|---|-----------------|
| Cliniques médicales . . . . .                             | { | MM. LÉPINE.     |
| Cliniques chirurgicales. . . . .                          |   | BONDET.         |
| Clinique obstétricale et Accouchements. . . . .           |   | BARD.           |
| Clinique ophtalmologique. . . . .                         |   | PONCET.         |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques . . . . . |   | JABOULAY.       |
| Clinique des maladies mentales . . . . .                  |   | X...            |
| Clinique des maladies des enfants . . . . .               |   | GAYET.          |
| Physique médicale. . . . .                                |   | GAILLETON.      |
| Chimie médicale et pharmaceutique . . . . .               |   | PIERRET.        |
| Chimie organique et Toxicologie. . . . .                  |   | WEILL.          |
| Matière médicale et Botanique. . . . .                    |   | MONOYER.        |
| Parasitologie. . . . .                                    |   | HUGOUNENQ.      |
| Anatomie . . . . .                                        |   | CAZENEUVE.      |
| Anatomie générale et Histologie . . . . .                 |   | BEAUVISAGE.     |
| Physiologie . . . . .                                     |   | LORTET.         |
| Pathologie interne. . . . .                               |   | TESTUT.         |
| Pathologie externe. . . . .                               |   | RENAUT.         |
| Pathologie et Thérapeutique générales. . . . .            |   | MORAT.          |
| Anatomie pathologique. . . . .                            |   | TEISSIER.       |
| Médecine opératoire . . . . .                             |   | AUGAGNEUR.      |
| Médecine expérimentale et comparée. . . . .               |   | MAYET.          |
| Médecine légale . . . . .                                 |   | TRIPPIER.       |
| Hygiène . . . . .                                         |   | POLLOSSON (M.). |
| Thérapeutique. . . . .                                    |   | ARLOING.        |
| Pharmacologie. . . . .                                    |   | LACASSAGNE.     |
|                                                           |   | COURMONT (J.).  |
|                                                           |   | SOULIER.        |
|                                                           |   | FLORENCE.       |

### PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaires . . . . . M. DOYON.

### CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

|                                                      |                             |
|------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Clinique des maladies des femmes . . . . .           | MM. POLLOSSON (A.), agrégé. |
| Maladies des voies urinaires . . . . .               | CHANDELUX, —                |
| Maladies des oreilles, du nez et du larynx . . . . . | LANNOIS, —                  |
| Propédeutique médicale. . . . .                      | ROQUE, —                    |
| Propédeutique chirurgicale. . . . .                  | ROLLET, —                   |
| Propédeutique de gynécologie. . . . .                | CONDAMIN, —                 |
| Anatomie pathologique . . . . .                      | DEVIC, —                    |
| Accouchements. . . . .                               | FABRE, —                    |
| Matière médicale. . . . .                            | MOREAU, —                   |
| Anatomie topographique . . . . .                     | DURAND, —                   |

### AGRÉGÉS

|         |                 |                |               |
|---------|-----------------|----------------|---------------|
| MM.     | MM.             | MM.            | MM.           |
| ROUX.   | SIRAUD.         | BÉRARD.        | VILLARD.      |
| COLLET. | DURAND.         | SAMBUC.        | TIXIER.       |
| BOYER.  | PIC.            | BORDIER.       | FABRE.        |
| BARRAL. | PAVIOT.         | COURMONT (P.). | REGAUD.       |
| MOREAU. | NOVÉ-JOSSERAND. | CHATIN.        | CAUSSE, ch... |
| VALLAS. |                 |                |               |

M. BAYLE, Secrétaire.

### EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. BONDET, Président ; COLLET, Assesseur ;  
MM. BOYER et PIC, Agrégés.

*La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.*

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS

---

A MON FRÈRE

---

A MA SOEUR ET A MON BEAU-FRÈRE

---

AU DOCTEUR MARTIN

*Conseiller général de la Nièvre*



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

*A nos Maîtres des Hôpitaux :*

MM. CONDAMIN, professeur agrégé à la Faculté,  
ROLLET, professeur agrégé, chirurgien des Hôpitaux,  
ROCHET, professeur agrégé, chirurgien des Hôpitaux,  
FABRE, professeur agrégé, accoucheur des Hôpitaux,  
RABOT, médecin des Hôpitaux,  
CHAPPET, médecin des Hôpitaux,

*nous sommes heureux d'offrir ce bien modeste travail en témoignage de notre reconnaissance pour le savant enseignement et les conseils qu'ils nous ont donnés.*

*M. le Docteur CHAPPET nous a inspiré cette thèse. Nous ne saurions oublier le charmant accueil qu'il nous a toujours fait ni la dette de reconnaissance que nous avons contractée à son égard.*

*Nous remercions bien vivement M. le professeur BONDET du très grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse inaugurale.*

*A nos amis nous n'offrirons aucun témoignage aussi vain qu'inutile. Seuls ils sauront notre angoisse de leur dire un adieu qui nous éloignera d'eux pour longtemps, quoi qu'en disent les promesses sincères du départ. Ayant partagé pendant nos meilleures années nos joies et nos peines, ils savent que le bonheur de demain sera fait en partie du souvenir d'hier et que de ce souvenir ils sont inséparables.*



## CHAPITRE PREMIER

---

### Historique

---

Au cours d'une pneumonie, après la chute de la température, après la diminution, puis la disparition des râles sous-crépitaux de retour, il arrive fréquemment de rencontrer, en auscultant le malade, des râles d'une finesse extrême, et présentant des caractères bien spéciaux.

Ces râles que nous appellerons « râles de déplissement alvéolaire », se rapprochent du râle crépitant de la Pneumonie, dont ils peuvent à la rigueur être considérés comme une variété.

L'existence de ces râles n'est pas une exception. M. le Dr Chappet, qui nous inspira ce travail, déclare que chez environ les deux tiers des pneumoniques par lui observés, ces râles ont apparu.

Néanmoins, dans la plupart des traités (et dans les traités récents surtout), nous n'avons pu trouver la description de ces râles de déplissement qui surviennent tout à la fin de la Pneumonie, et en marquent la résolution.

Laënnec (*Traité de l'auscultation médicale*, 1826), signale incidemment le râle crépitant de retour, qui, la plupart du temps, est remplacé rapidement par des râles sous-crépitaunts.

Bouillaud décrit un râle crépitant fin, qu'il désigne sous le nom de crépitation sous-pleurale. Plus fine, et surtout plus superficielle que le râle crépitant vrai, cette crépitation est l'indice de lésions des lobules immédiatement sous-jacents à la plèvre.

Il faut attendre jusqu'à Grisolles (*Traité de la Pneumonie*, 1864), pour trouver une description précise des râles crépitants de retour, râles plus fins encore que ceux du début : « Il peut arriver, dit Grisolles, que le râle crépitant redux soit plus fin que la crépitation qui avait existé dans le premier degré de la maladie. C'est ce que j'ai noté plusieurs fois dans mes observations. Le râle crépitant de retour, comme celui qui est primitif, existe exclusivement pendant l'inspiration. Ce n'est que dans quelques cas extrêmement rares que quelques bulles peuvent aussi être entendues pendant l'expiration ».

Et plus loin, à propos de la terminaison de la pneumonie, il critique les observations de Stokes, où celui-ci déclare n'avoir que rarement rencontré la crépitation de retour. Sans nier la possibilité de cette *restitutio ad integrum* sans râles de retour, il déclare que « l'auscultation attentive et souvent renouvelée permet de les percevoir dans la plupart des cas. » Et ce ne sont pas de gros râles sous-crépitaunts, mais des râles fins et crépitants qui n'apparaissent que dans les grandes inspirations ou après la toux. On ne saurait mieux décrire le rôle de déplissement alvéolaire.

Dans son *Traité Clinique des maladies de poitrine*, Walter Walshe (1870, traduction Fonsagrives), insiste encore plus que Grisolles sur le râle crépitant fin de retour. Ce râle parfois à grosses bulles présente d'autres fois une finesse extrême et ne se trouve que dans l'inspiration. Il diffère du sous-crépitant, qui est un râle humide, ayant son origine dans les tuyaux bronchiques. Par contre, il a tous les caractères du râle crépitant initial, et peut-être son mécanisme et son siège est-il le même.

Woillez, dans son *traité des maladies aiguës des voies respiratoires* (1872), parlant du râle crépitant, déclare qu'il l'a vu manquer comme signe du début, dans un assez grand nombre de cas. Par contre, il l'aurait vu survenir tardivement après la disparition de tous les autres signes. « Onze malades, sur dix-huit, avaient présenté ce râle après les autres signes physiques de la pneumonie, et plusieurs bien tardivement, puisqu'il est apparu le treizième, le seizième, et même le dix-neuvième jour seulement ».

Toutefois à ce râle crépitant de la fin, il n'attribue aucun caractère spécial, et ne le différencie pas du râle du début.

Les Cliniques de Trousseau sont muettes à ce sujet.

Pour Jaccoud, la perméabilité renaissante du poumon est révélée par des râles à bulles fines, mais qui diffèrent du râle initial parce qu'ils sont entendus aux deux temps, et que les bulles sont plus humides et plus volumineuses (*Traité de Pathologie interne*, 1883). Ce n'est donc pas le vrai râle de déplissement.

Germain Sée (*maladies spécifiques du Poumon*, 1885), parle en termes peu précis d'une crépitation redux, uni-

quement inspiratoire qui termine la pneumonie. Le plus souvent, on note plus tôt des râles sous-crépitaux.

Barth et Roger (traité d'auscultation), déclarent que dans certains cas, le râle crépitant de la pneumonie, surtout à la fin de la maladie, ne se retrouve que dans les deux ou trois premières inspirations, ou dans l'énergique inspiration qui suit la toux et disparaît ensuite.

Grancher (maladies de l'appareil respiratoire, 1820), distingue trois variétés du râle crépitant de la pneumonie. La troisième variété comprend « des bruits extrêmement fins, secs et égaux, éclatant ensemble en une seule bouffée, dans les derniers moments de l'inspiration ». Il en explique la pathogénie à l'aide d'expériences fort intéressantes faites sur le cadavre ; mais il ne parle pas de la période de la maladie où ces râles apparaissent. Plus loin, il décrit un bruit de déplissement, comparable au « pétilllement de la bière mousseuse dont les bulles crèvent dans un verre ». Mais il estime que cette variété de râle crépitant est dû au déplissement bruyant d'alvéoles comprimés ou vides, mais sains, et n'a rien à voir avec la lésion du poumon.

Le râle de retour présenterait d'après Boulay (la pneumonie lobaire aiguë, 1891), des caractères intermédiaires entre le crépitant et le sous-crépitant. On l'entend d'abord dans les grandes inspirations, puis aux deux temps. Ultérieurement, à mesure que la résorption s'avance, il ne s'entend plus que dans les secousses de toux ou dans les grandes inspirations.

Enfin, Marfan, dans le Traité de médecine, mentionne le cas où la pneumonie présente une résolution lente, et où les signes persistent des semaines et des mois.

En somme, ce court exposé historique nous montre que parmi les auteurs anciens, Grisolles et Walter Walshe ont été les seuls à décrire avec quelque précision des râles crépitants vrais de retour, survenant au déclin de la pneumonie. Encore les considéraient-ils comme exceptionnels. Quant aux auteurs contemporains, aucun d'eux ne distingue entre les variétés de râles qui peuvent marquer la fin d'une pneumonie. Ces râles de retour sont considérés comme étant des sous-crépitanes dans la plupart des cas. Nulle part, nous n'avons vu mis en lumière ce fait qu'au râle sous-crépitan de retour succède un râle spécial, plus fin que le crépitan du début, et remarquable par sa durée.

Le Terme que nous avons adopté n'est pas à l'abri de la critique. Il préjuge sans doute de la nature même du mode de production du symptôme que nous avons voulu décrire. Si nous l'avons néanmoins adopté, c'est d'abord qu'il nous a paru exprimer assez exactement l'impression auditive ; c'est d'autre part qu'il indique une pathogénie que nous n'avons pas eu la prétention de démontrer, mais qui, néanmoins, nous a semblé plausible.

---



## CHAPITRE II

---

### CARACTÈRES DU RÂLE DE DÉPLISSEMENT ALVÉOLAIRE

---

Le râle de déplissement alvéolaire est une sorte de râle crépitant. Il en présente les caractères fondamentaux, et risque au premier abord d'être confondu avec lui. Toutefois, il ne lui ressemble pas à tel point qu'un observateur attentif et expérimenté ne puisse le différencier. C'est pourquoi nous ne croyons pouvoir mieux faire pour le décrire que de prendre comme type le râle crépitant, et de montrer par quels caractères il en diffère.

La date d'apparition du râle de déplissement ne permettra pas, il est vrai, de le confondre avec le râle crépitant. Celui-ci est un râle de début, tandis que l'autre, au contraire, est un râle de résolution apparaissant après la défervescence. Mais il ne faut pas oublier qu'en clinique, il peut arriver, chez les vieillards notamment, et dans certaines formes frustes, que les signes du début soient à peine marqués. C'est dans ces cas justement que l'auscultation peut seule permettre le diagnostic, et l'on risquerait fort de prendre au premier examen une

pneumonie en voix de se résoudre pour une pneumonie à son début.

Les caractères morphologiques du râle de déplissement sont cependant assez différents, pour qu'une telle confusion puisse être évitée.

1° Il est *superficiel* tout d'abord, plus que le râle crépitant, qui lui, ne présente qu'assez rarement ce caractère, et donne ordinairement l'impression de venir des parties profondes du parenchyme pulmonaire. Le râle de déplissement est au contraire toujours superficiel et très superficiel. Il semble éclater sous l'oreille au point que l'on pourrait se demander s'il ne se produit pas au niveau de la plèvre, bien que d'ailleurs il n'en soit rien comme nous le verrons plus loin.

2° Comme le râle crépitant il est *très fin*, mais plus encore que lui. Le râle crépitant est en sorte formé de bulles extrêmement ténues et très rapprochées. Mais si rapprochées qu'elles soient, elle ne le sont pas assez pour qu'elles ne donnent la sensation d'être distinctes et séparées par un léger intervalle.

Dans le râle de déplissement, au contraire, les bulles sont indistinctes, elles chevauchent entre elles. Et c'est de ce chevauchement que résulte le grincement caractéristique sous lequel on le désigne parfois (Observation I.)

3° Comme le râle crépitant, *il est sec*, toutefois paraissant plus confluant par intervalle, il semble qu'il perde par là un peu de sa sécheresse.

4° Il est *inspiratoire* comme le râle crépitant, mais il exige pour se produire des conditions spéciales, tandis que la respiration normale suffit ordinairement à produire la crépitation du début de la pneumonie; en auscultant

un pneumonique qui respire normalement, on risque fort de ne jamais entendre le râle de déplissement. Il faut que le malade fasse de violentes inspirations.

Parfois même ce n'est qu'après quelques secousses de toux, que l'on pourra l'obtenir. Ce caractère est nettement indiqué dans toutes nos observations.

5° Quand il est très marqué et très étendu, quand en un mot il présente une sorte de confluence, on a une sorte de propagation des râles, qui évidemment s'entendent en dehors du foyer même où ils se produisent.

6° Le râle de déplissement est en outre *fugace*. Nous voulons dire par là, qu'ayant été perçu à un moment donné, il finit par s'éteindre parfois assez rapidement, et peut alors être vainement cherché.

C'est sans doute ce caractère qui lui a permis de passer souvent inaperçu. Lorsque, en effet, il exige pour se manifester de violents efforts respiratoires et des secousses de toux, les premières inspirations sont couvertes par le grincement caractéristique. Et puis peu à peu le grincement se fait plus faible pour s'éteindre complètement.

Si alors, à l'aide de nouveaux efforts de toux, on tend à le faire réapparaître, ce sera déjà plus difficile, et son intensité sera très affaiblie. Bientôt enfin, il sera tout à fait impossible de provoquer son apparition.

En dehors de ces variations immédiates, nous voulons dire à des instants rapprochés, le râle de déplissement présente, au cours de son existence, une intensité généralement décroissante. Dans l'observation I, qui est une des plus typiques, le râle existe, dès son apparition, avec une intensité relativement considérable. Tous ses carac-

tères sont alors d'une grande netteté. Il diminue bientôt peu à peu, et les derniers jours, il est extrêmement atténué.

Tels sont les caractères du râle de déplissement alvéolaire. Quant aux conditions cliniques dans lesquelles il se produit, ces conditions peuvent varier, comme peuvent varier également sa durée et son évolution.

Son époque d'apparition est assez constante. C'est généralement le lendemain ou le surlendemain de la défervescence (14 fois sur 28), qu'ils ont été notés. Dans trois cas (observations VII, XVI, XV), les râles ont été rencontrés le jour même ; sept fois, ils se sont montrés après le troisième jour. Dans un cas (observation XXV), ils n'ont pu être observés que le quatorzième jour après la défervescence. Et ce fait est d'autant plus remarquable, que chaque jour, il ont été soigneusement recherchés.

La durée du râle de déplissement alvéolaire varie suivant les cas entre des limites assez étendues. Dans nos observations, il s'agit de malades qui n'ont quitté l'hôpital qu'après disparition complète des signes d'auscultation. Chez ces malades, la durée des râles de déplissement a présenté un minimum de 5 jours (obs. XXI), un maximum de 35 et 45 jours (obs. XII). La moyenne a été de 12 jours. En somme, et c'est là un des points qui nous ont le plus frappé, la pneumonie présente souvent une résolution traînante. Si l'importance pratique de cette constatation est peu considérable, c'est que chez nos malades, les phénomènes fonctionnels avaient entièrement disparu, et que, dans aucun cas, le râle de déplissement n'a été lié à des complications.

Un point intéressant, c'était de savoir en quel point de

la zone hépatisée apparaissent les râles, et quels étaient leurs rapports avec les autres signes stéthoscopiques.

C'est au niveau de la région où le souffle tubaire présente le maximum d'intensité, qu'ils apparaissent. Le souffle, à cette époque, peut être assez atténué. Ce n'est plus un souffle tubaire véritable; la respiration est plutôt soufflante. Néanmoins, c'est au point où la respiration est le plus soufflante, qu'on les rencontre tout d'abord. Dans les zones voisines, les râles sous-crépitants de retour s'entendent facilement, et ne sauraient se confondre avec eux. Dans le foyer même où le souffle est au maximum, et où le déplissement est le plus manifeste, les râles sous-crépitants coexistent fréquemment. On a alors une série de bruits superposés, qui, par leur ensemble, donnent une impression spéciale, et qui, grâce à leur différence de timbre et surtout d'intensité, peuvent être distingués les uns des autres. L'inspiration soufflante est couverte au début surtout par des râles sous-crépitants, à bulles parfois volumineuses. Tout à la fin de cette inspiration apparaît le grincement à bulles inséparables. Ce grincement n'exclut pas une certaine idée de doux et de moelleux; mais, par dessus tout, il se distingue des autres signes par son caractère superficiel. Sa finesse et sa légèreté sont compensées par sa situation superficielle, grâce à laquelle il paraît se produire sous l'oreille même qui ausculte. Au bout de quelques jours, les râles sous-crépitants ne sont plus perceptibles. On n'entend plus qu'une respiration légèrement soufflante, et les râles de déplissement. Enfin, toute apparence de souffle disparaît à son tour, et ceux-ci demeurent les derniers vestiges de l'hépatisation.

Cependant la percussion révèle que tout n'est pas encore rentré dans l'ordre. La matité a fait place à la submatité, mais celle-ci persiste longtemps encore, et ce n'est que dans les derniers jours de l'existence du râle de déplissement, quand la toux seule en provoque l'apparition fugace, que la sonorité pulmonaire est véritablement devenue normale.

Ces conditions d'apparition, et ces caractères que forcément, nous avons quelque peu schématisés, nous ont paru assez complètement réunis dans une observation, pour que nous ayons cru devoir en faire suivre notre exposé.

#### OBSERVATION I

##### *Pneumonie lobaire de la base droite*

Simon C...., 32 ans, corroyeur, célibataire.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires, si ce n'est une sœur morte de tuberculose pulmonaire.

Personnellement, a eu une pleurésie droite à 20 ans, plusieurs attaques de rhumatisme subaigu depuis 20 ans. A contracté la syphilis à 29 ans.

Le 23 Mars au soir, il est pris de frissons violents, suivis d'un point de côté à la face postérieure de l'hémithorax droit, toux, quelques crachats teintés de sang.

La toux et la dyspnée vont en s'accroissant, et le malade se décide à entrer à l'Hôtel-Dieu le 28, au VI<sup>m</sup>e jour.

L'examen des poumons révèle à droite de la matité, depuis l'épine de l'omoplate jusqu'à la base. Les vibrations sont augmentées, souffle tubaire peu intense. Râles fins dans toute la hauteur de la matité.

Le 29. - Défervescence.

Le 30. - Le malade présente dans la moitié inférieure du poumon droit, mêlés à des râles sous-crépitaux, et au début de l'inspiration au maximum de la respiration soufflante, des râles très fins, superficiels. Ils apparaissent plus superficiels, plus fins et plus secs au milieu des râles sous-crépitaux de retour. Ceux-ci sont en moins grande abondance. Les râles fins sont inspiratoires. Ils disparaissent par moment en certains points, pour reparaitre après la toux et dans les grandes inspirations.

Ces bruits fins ne sont pas toujours très distincts les uns des autres, ils sont comme chevauchés, donnant l'impression d'une continuité dans le bruit, d'un souffle grinçant, d'un *grincement*. Plus on se dirige vers la base, moins ces râles fins sont purs. A la base même, ils sont difficilement distingués des râles sous-crépitaux qui y prédominent.

Leur confluence et le bruit qui en résulte est tel qu'il s'entend dans toute la zone hépatisée, et peut-être au-delà, comme un souffle grinçant propagé.

31 Mars. - Bon état général. - Expectoration abondante et rouillée. Les crachats examinés au laboratoire de bactériologie de la Faculté contiennent des chaînettes de streptocoques et d'assez nombreux *pneumocoques*.

Expiration soufflante toujours aussi intense, râles de déplissement alvéolaire. A la base et latéralement, râles qui semblent sous-crépitaux. Ce n'est que plus haut qu'il y a de vrais bruits de déplissement.

1<sup>er</sup> Avril. - Vibrations toujours exagérées. La submatité et les autres signes persistent. Bronchophonie. Les râles de déplissement semblent diminuer, et dans certains points n'apparaissent qu'après la toux. En ces points la respiration est seulement soufflante à l'inspiration.

2 Avril. - La respiration est plus soufflante. Les râles de déplissement, qui avaient paru diminuer, semblent au contraire maintenant plus intenses.

3 Avril. - Les râles de déplissement ne s'entendent actuellement qu'après la toux, et disparaissent graduellement. La toux est en

même temps grinçante. A la base, on a toujours le souffle, mais assez atténué.

5 Avril. - Persistance dans les respirations ordinaires, à la base, de râles sous-crépitaunts très nets. « *Le bruit de grincement de déplissement* » existe seulement après la toux.

6 Avril. - Mêmes phénomènes : râles de déplissement après râles sous-crépitaunts dans les grandes inspirations.

7 Avril. - Le matin, les râles sous-crépitaunts ont à peu près complètement disparu.

A la respiration normale, on ne distingue plus aucun bruit pulmonaire anormal. Ce n'est plus que dans les grandes inspirations, et surtout dans celles qui suivent la toux, que le bruit de déplissement, de grincement apparaît dans toute sa netteté.

Persistance de la matité de la base, moins nette pourtant. Persistance de l'augmentation des vibrations.

8 Avril. - Mêmes caractères du râle de déplissement. Aucun bruit anormal dans la respiration de moyenne amplitude. Les râles n'apparaissent que dans les grandes inspirations, et après la toux.

9 Avril. - Les râles de déplissement persistent après la toux seulement.

18 Avril. - Léger déplissement, difficilement perceptible.

21 Avril. - Les râles de déplissement ont complètement disparu.

22 Avril. - Le malade part guéri.

---

## CHAPITRE III

---

### Diagnostic et Séméiologie

---

Le râle de déplissement alvéolaire demande à être minutieusement recherché. Lorsque, quelques jours après la défervescence, on trouve une crépitation fine en un point où siégeait (et où siège encore le souffle) cette crépitation ne présente pas de bien grandes difficultés diagnostiques.

Le râle crépitant vrai, celui du début de la pneumonie, est, de tous, celui qui offre avec lui le plus d'analogie.

Ce diagnostic présente un intérêt primordial puisque, suivant qu'il s'agira de l'un ou l'autre râle, le diagnostic de la période de la maladie sera différent. Dans un cas, il s'agira d'une pneumonie à la phase d'engouement ; dans l'autre, l'hépatisation aura fait place à la résolution. Sans doute, il est bien exceptionnel que les phénomènes du début aient passé inaperçus, et au lieu que le diagnostic du râle serve à faire celui de la maladie, en général ce sera l'inverse qui se produira ; néanmoins les formes frustes ne sont pas si rares pour que le diagnostic des

deux variétés de râles ne présente un certain intérêt. Nous n'insisterons pas sur ce diagnostic que nous avons exposé au début de notre travail. Rappelons que le déplissement donne lieu à une crépitation plus fine, plus superficielle et que cette sensation de bulles qui explosent sous l'oreille est des plus caractéristiques.

*Le râle crépitant de l'œdème* a des bulles très humides et moins fines et ne saurait produire le grincement du râle de déplissement. Il n'en présente pas le caractère superficiel, et, d'ailleurs, les conditions dans lesquelles les deux signes apparaissent sont trop dissemblables pour prêter à la confusion. L'absence de fièvre d'ailleurs et la co-existence d'autres œdèmes suffiraient d'ailleurs à trancher le diagnostic. Il ne faut pas oublier, il est vrai, que ce n'est pas dans les affections accompagnées de gros œdèmes généralisés que l'on trouve l'œdème aigu du poumon. Dans ce cas, on a bien plutôt de l'hydropisie des plèvres, comme des autres organes, c'est-à-dire de l'hydrothorax. Par contre, il est relativement fréquent de voir *l'œdème aigu* du poumon se manifester par des râles crépitants fins, inspiratoires et assez superficiels, mais alors l'état de ces malades qui asphyxient est assez caractéristique sans parler de l'expectoration albumineuse rosée si spéciale et de l'absence de matité.

Quant aux râles *de la congestion pulmonaire*, la difficulté peut être considérable, ou plutôt, il est certain que le râle de déplissement peut exister dans certaines formes de congestions idiopathiques, telles que la maladie de Voillez qui, somme toute, n'est qu'une pneumonie atténuée. Il ne faut pas oublier non plus qu'entre la congestion simple et la pneumonie, il peut y avoir, au point de

vue clinique, tous les intermédiaires. Dans ces cas, dans ces *pneumonies congestives*, nous avons rencontré fréquemment, autant qu'au cours des pneumonies franches, le rôle de déplissement.

*Le rôle sous-crépitant* diffère par trop de points du rôle de déplissement pour être confondu avec lui. Uniquement inspiratoire, ce dernier occupe même de préférence la phase ultime de l'inspiration. Le sous-crépitant, au contraire, s'entend aux deux temps. Il ne faut pas oublier, il est vrai, que les deux râles co-existent ordinairement. Lorsqu'en effet, se manifeste le déplissement alvéolaire, c'est en un point où pré-existent les râles sous-crépitants. Mais alors, le mode de production des uns et des autres présente une différence fondamentale. Dans la respiration ordinaire, d'amplitude normale, les sous-crépitants apparaissent nettement, alors que pour obtenir le rôle de déplissement, il est nécessaire de faire respirer fortement ou tousser le malade. Lorsque ce caractère manque lui-même, les différences de timbre sont assez considérables pour éviter encore la confusion. L'un est formé de grosses bulles volumineuses, distinctes et humides. Les bulles de l'autre, indistinctes et sèches, forment un grincement continu et surtout plus superficiel.

*Le frottement pleurétique* pourrait, dans quelques cas, prêter à confusion. Il est parfois formé de petits bruits secs, sortes de craquements successifs, assez fins et surtout très superficiels, constituant le frottement rôle de Damoiseau, qui n'est pas sans quelque ressemblance avec les râles sous-crépitants fins et avec le rôle de déplissement. Cette distinction a quelque importance, puisque l'on admet que la pleurésie est toujours plus ou moins tou-

chée dans la pneumonie. L'on pourrait même nous faire le reproche d'avoir attribué au poumon un bruit causé par les lésions de la plèvre ; nous discuterons plus loin cette question. Ici, nous nous contenterons d'indiquer les différences de ce frottement-râle et du râle de déplissement. Le frottement, plus rude et plus saccadé, n'a pas la finesse du bruit de déplissement. Ordinairement, il coïncide avec les deux temps de la respiration ; toutefois, il n'existe souvent qu'à l'inspiration, parfois même à la fin seulement de l'inspiration. Mais l'amplitude des mouvements respiratoires et les secousses de toux, n'ont aucune influence sur lui. Enfin, il donne souvent une sensation de frottement, et se perçoit à la main aussi bien qu'il s'entend. Les deux bruits pourraient exister ensemble, mais nous verrons que cette co-existence est une exception et que les cas de pneumonie compliquée de pleurite intense n'ont fourni que très rarement l'occasion de constater des râles de déplissement.

Quant aux craquements ils ne sauraient être confondus avec le bruit de déplissement ; leur siège est trop spécial et suffirait à lui seul pour les caractériser. Cependant un certain nombre de nos observations concernent des pneumonies du sommet. Dans l'observation V, nous voyons le déplissement apparaître dans la région sous-claviculaire et la fosse sus-épineuse, c'est-à-dire dans les points où se rencontrent de préférence les craquements. Mais l'évolution de la maladie ne saurait permettre une telle erreur de diagnostic ; sans doute, la pneumonie du sommet survient surtout chez les débilités et le début peut avoir été insidieux, mais les phases antérieures ne permettraient guère d'hésiter. Et, d'ailleurs, seul point qui nous inté-

resse ici, les caractères même des signes stéthoscopiques diffèrent trop pour prêter à la confusion. Le craquement est formé d'une succession de bruits saccadés, parfois intenses, jamais aussi fins que le râle de déplissement. Il n'est pas aussi superficiel ; enfin, il ne se localise pas aussi invariablement à la fin de l'inspiration :

Il nous reste à examiner dans quelles conditions pathologiques il se produit et quelle est, par là, sa valeur diagnostique.

C'est au cours, ou plutôt au déclin, de la pneumonie que nous avons observé le râle de déplissement. Toutefois, il ne se rencontre pas uniquement dans les pneumonies typiques à évolution classique. On le rencontre également dans les congestions de Woillez qui ne sont que des pneumonies atténuées et dans toute cette classe d'affections qui sont intermédiaires entre la congestion simple idiopathique et la pneumonie nettement hépatisante, et qui ne diffèrent de cette dernière que par une atténuation de tous les phénomènes, y compris et surtout la durée. Ces pneumonies légères que notre Maître, M. le Docteur Chappet, a coutume de classer sous le nom de pneumonies congestives, ont présenté avec une fréquence très grande, les râles de déplissement alvéolaire. Cette fréquence a même été plus considérable que dans les pneumonies graves. Il nous a semblé, en somme, que plus les pneumonies étaient bénignes, plus on avait de chances de rencontrer le râle de déplissement. Il nous a paru également que dans les pneumonies bénignes, les lésions pleurales paraissaient très légères, nous disons très légères, puisque l'on admet que la plèvre est toujours intéressée au cours de la pneumonie. Et, par contre, chaque fois qu'il

s'est agi d'une pneumonie grave et que cette pneumonie s'est accompagnée de pleurite, manifestée par des frottements, nous n'avons pas trouvé, ou du moins très rarement, le râle de déplissement.

D'une manière générale, nous estimons que le râle de déplissement apparaît dans le plus grand nombre des pneumonies, environ les deux tiers ; nous n'avons pu établir de statistique et, par suite, cette proportion, toute approximative, est sujette à critique : c'est l'évaluation qui nous a été donnée par M. le Docteur Chappet.

## CHAPITRE IV

---

### Pathogénie

---

*La Pathogénie* du rôle de déplissement est fort obscure. Il ne saurait en être autrement, puisque aucun malade ayant présenté ce signe, n'a succombé. Les conditions nécessaires à sa production ne sont donc pas démontrées et la pathogénie que nous essaierons d'esquisser, ne saurait avoir d'autre valeur que celle d'une hypothèse.

De prime abord, le caractère superficiel de ce rôle pourrait éveiller l'idée d'une origine superficielle elle-même, c'est-à-dire pleurale. Il n'en est rien pourtant. Et d'abord, l'observation clinique irait à l'encontre d'une semblable origine. S'il est vrai que toute pneumonie s'accompagne de légions pleurales, il ne faut pas oublier que cette pleurite revêt une intensité extrêmement variable. Or, dans les cas où des frottements ont apparu au cours d'une pneumonie, dans les cas, par conséquent, où les lésions de la plèvre ont été assez intenses pour se manifester par des signes cliniques, nous avons presque toujours vainement cherché les râles de déplissement. Faut-

il en conclure que l'épaississement des parois de la plèvre (nous ne parlons pas des cas où un épanchement vient encore compliquer les choses) empêchait le bruit pathologique d'arriver à l'oreille? C'est ce que nous ignorons. Mais, en tout cas, il est bien certain que la plèvre ne saurait être le lieu où se produit le râle et l'on ne conçoit guère par quel mécanisme il pourrait s'y produire.

Ce n'est évidemment pas non plus au niveau des petites bronches qu'il faut chercher son origine. Car alors il ne serait pas inspiratoire, du moins uniquement inspiratoire. Ce serait un râle sous-crépitant, également marqué aux deux temps de l'acte respiratoire.

C'est donc dans l'alvéole pulmonaire qu'il se produit. Mais comment, par quel mécanisme? Barth et Roger, après Laënnec, admettent que le râle crépitant de la pneumonie est dû à l'éclatement de bulles d'air dans les alvéoles remplis d'exsudat. Comme le fait justement remarquer Grancher, une bulle d'air ne saurait éclater dans un alvéole rempli par l'exsudat pneumonique.

En réalité, l'explication nous paraît autre, du moins pour cette sorte de râle crépitant qui nous occupe. Quand se résout la pneumonie, l'exsudat fibrineux se liquéfie, se ramollit. Les parois de l'alvéole sont alors agglutinées par cet exsudat visqueux. Quand se produit une inspiration, l'air inspiré sépare, décolle ces parois; c'est à ce décollement, à ce déplissement alvéolaire que le râle de déplissement doit son origine. On comprend fort bien alors pourquoi les grandes inspirations et les secousses de toux sont souvent nécessaires à sa production et l'on comprend aussi pourquoi ce râle n'est jamais entendu qu'à l'inspiration et à la fin de l'inspiration.

Il nous reste à expliquer l'absence de ce signe. Nous avons estimé, avec M. Chappet, aux deux tiers des pneumonies, le nombre des cas où ce phénomène existait.

Pourquoi, dans certaines pneumonies, le râle n'existe-t-il pas ou ne saurait-il être perçu ? Peut-être faut-il rapprocher ce fait de celui que nous signalions plus haut, à savoir que les frottements pleuraux et les râles ne co-existaient à peu près jamais, et de cet autre fait que les malades de nos observations étaient atteints le plus souvent de pneumonies bénignes.

Et alors, on pourrait supposer que l'intensité des manifestations pleurales est en rapport avec l'intensité de la pneumonie, une pneumonie grave s'accompagnant de lésions accentuées de la plèvre. Il faudrait voir, en outre, une relation entre les lésions de la séreuse pulmonaire et le râle de déplissement. Et celui-ci n'existerait pas ou, du moins, ne serait pas perçu dans les cas où la plèvre serait atteinte avec quelque intensité.

Même dans les cas où l'on n'a pas noté de frottements pleuraux, le râle de déplissement ne pourrait se produire, par un phénomène pour ainsi dire mécanique, lorsque des exsudats épais et consistants tapissent la plèvre viscérale.

Nous n'insisterons pas sur cette idée, qui n'est qu'une hypothèse à laquelle il ne faut pas attacher plus d'importance qu'elle n'en comporte.

---



## OBSERVATIONS

---

### OBSERVATION II

#### *Pneumonie lobaire gauche.*

Nicolas P..., 32 ans, chaudronnier, célibataire.

Rien à noter comme antécédents héréditaires. Comme antécédents personnels : paludisme contracté en Algérie ; pas de syphilis ; léger éthyisme.

Depuis 8 jours quelques petits malaises généraux.

Le premier avril au soir éclate un violent frisson avec claquements de dents pendant une heure environ. Au frisson fit suite une fièvre violente qui dura toute la nuit du premier au deux. Le matin il essaya de se lever pour venir de l'Ile-Barbe à Lyon. Arrivé à Lyon, il tomba sans connaissance sur le quai de l'Hôpital d'où on le transporta à l'Hôtel-Dieu.

A son entrée, se plaint d'un violent point de côté au dessous du sein gauche qui viendrait seulement de faire son apparition. Il commence également à tousser. Expectoration à peu près nulle. Dyspnée très vive. Le malade a par moment des crises de suffocation qui le laissent anéanti.

A l'examen on constate de la matité en arrière et à gauche au niveau de la partie moyenne et inférieure du lobe supérieur. Vibrations vocales légèrement augmentées. Léger souffle broncho-tubaire peu appréciable. Pas de râles crépitants.

Etat cyanosé. Langue saburrale. Lèvres fuligineuses. Une ou deux vésicules d'herpès à la lèvre inférieure.

Température : 39° 8.

Ni albumine, ni sucre.

On pratique injection de caféine. Ventouses scarifiées.

3 avril. — Violentes crises de dyspnée pendant la nuit. A l'auscultation, en dedans de l'omoplate, léger souffle tubaire, bronchophonie, quelques râles sous-crépitaux, pas de râles crépitaux nets.

4 avril. — Dans les deux tiers inférieurs du poumon gauche râles sous-crépitaux plus nets.

Il ne s'agit évidemment pas d'une simple congestion et l'hépatisation paraît poussée assez loin.

6 avril. — Le malade a eu une augmentation de phénomènes généraux : point de côté, angoisse dyspnée. Amélioration à la suite de ventouses.

7 avril. — Le souffle persiste. Râles sous-crépitaux de retour très nets. Pas de râles de déplissement.

8 avril. — Le malade a fait sa défervescence. Température : 37° 3.

11 avril. — Apparition des râles de déplissement alvéolaire. Près de la colonne vertébrale, à la partie moyenne du thorax, en un point très limité, ces râles apparaissent après la toux. Ils n'existent pas dans les respirations normales.

16 avril. — Persistance des râles de déplissement alvéolaire mais sur une plus large étendue.

22 avril. — Disparition à peu près complète des râles grinçants de retour même après les grandes inspirations qui suivent les secousses de toux. Etat général excellent. Le malade sort guéri.

Examen bactériologique des crachats : Pneumocoques assez nombreux.

---

OBSERVATION III

*Pneumonie lobaire de la base gauche.*

François F..., 51 ans, voiturier.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires. Marié ; une fille bien portante. Pas de syphilis. Léger éthylysme.

Début de l'affection, le 12 juin, par frissons et céphalée.

Le lendemain : point de côté gauche, fièvre et quelques vomissements.

17 juin. — Etat général peu brillant, langue saburrale, légère diarrhée, dyspnée, point de côté, crachats adhérents, rouillés tout à fait typiques.

A l'auscultation l'hémithorax gauche respire mal. Matité depuis la base jusqu'à l'épine de l'omoplate. Gros souffle tubaire aux deux temps. Après la toux râles crépitants éclatant surtout sur la ligne axillaire. Rien au cœur ni aux autres organes.

18 juin. — Le malade fait sa défervescence (7<sup>e</sup> jour). Température : 37° 4.

20 juin. — Râles de déplissement alvéolaire, très nombreux.

22 juin. — Les râles existent toujours. Ils coexistent avec le gros frottement, surtout nets au niveau de la ligne axillaire, au niveau du mamelon.

27 juin. — Les râles de déplissement et les frottements persistent. La base est mate, vibrations diminuées. Encore léger souffle. La respiration bien qu'affaiblie s'entend même à la base.

2 juillet. — Les mêmes signes existent mais atténués. Le frottement existe toujours.

Le malade exige sa sortie.

---

OBSERVATION IV

*Pneumonie lobaire de la base gauche*

Henri B..., 36 ans, domestique.

Aucun antécédent héréditaire ni personnel. L'affection actuelle a débuté le 21 octobre, à la suite d'un faible refroidissement.

Point de côté à gauche sous le sein et vers l'épine de l'omoplate. Toux avec expectoration rouillée. Symptômes généraux très accentués. Vomissements alimentaires et même bilieux.

Entrée le 31 octobre 1900.

Tous les signes de pneumonie à la base gauche. Matité, souffle tubaire, augmentation des vibrations. Points de côté, toux, expectoration rouillée peu intense.

Urines denses chargées. Pas d'albumine au début. La défervescence se fait au dixième jour.

2 novembre. — La matité remonte depuis la base gauche jusqu'à l'épine de l'omoplate. Râles de déplissement alvéolaire. Le souffle est encore intense et nettement tubaire. Plus haut on a des râles humides, et au-dessus les râles secs très fins de déplissement.

6 novembre. — Les râles de déplissement existent seuls. Peut-être encore léger souffle. Etat général bon.

15 novembre. — On perçoit toujours autour et en dedans de l'omoplate surtout une série d'éclatements surtout à la fin de l'inspiration.

22 novembre. — Disparition des signes locaux.

Le malade est guéri le 26. Bon état général.

---

## OBSERVATION V

### *Pneumonie du Sommet droit*

Joseph C..., 57 ans, tisseur

Rien d'intéressant dans les antécédents héréditaires.

Personnellement a eu un passé pathologique assez chargé. Fièvre typhoïde à 4 ans. Diphtérie à 8 ans. Rhumatismes contractés en Algérie qui nécessitent plusieurs entrées à l'hôpital.

L'affection actuelle a eu un début assez imprécis et très lent ; fièvre légère, courbature, céphalée, point de côté fugace.

Le malade entre à l'hôpital le 13 décembre, avec de la fièvre 39° 8, un point de côté derrière l'épaule droite, un peu de toux et une expectoration jus d'abricot. Traces d'herpès sur la lèvre inférieure.

A l'examen signes d'emphysème.

Au sommet droit submatité, augmentation des vibrations, souffle tubaire, râles crépitants et sous-crépitaants. Bronchophonie. Rien aux autres organes.

Disque d'albumine notable.

17 décembre. — Le malade fait sa défervescence. Température, 37° 5.

Râles de déplissement alvéolaire. On perçoit à la fin de l'inspiration, surtout quand elle est profonde, une série de bruits secs qui éclatent sous l'oreille plus manifestes encore après chaque secousse de toux.

Le souffle persiste.

18 décembre. — Les râles de déplissement s'entendent à la fin de l'inspiration et surtout après les secousses de toux, depuis l'épine de l'omoplate en arrière jusqu'à la deuxième côte en avant en passant par le sommet, correspondant ainsi à tout le lobe supérieur. Tout-à-fait au sommet on perçoit encore le souffle mais très atténué.

22 décembre. — Persistance du bruit de dépliement qui éclate surtout après la toux.

26 décembre. — On n'entend plus le dépliement alvéolaire qu'à l'extrême sommet, et encore n'est-il bien manifeste qu'après les secousses de toux et sur un espace limité par la première côte. Encore un peu de retentissement de la voix et de la toux.

28 décembre. — Les vibrations sont encore un peu exagérées. On constate encore l'existence de bruits excessivement secs et multiples à la fin des grandes inspirations et de la toux. (Bruits de taffetas de Potain).

24 janvier. — Le malade quitte le service pour un séjour à Longchêne.

---

#### OBSERVATION VI

##### *Pneumonie congestive du lobe inférieur droit, avec pleurite (frottements).*

Jacques P..., 35 ans, manœuvre. Entré le 27 février.

Pas d'antécédents personnels ni héréditaires. Célibataire. Début de l'affection actuelle le dimanche 23 février, brusquement, par un grand frisson, de la dyspnée et un point de côté violent à droite, plus accentué dans l'inspiration et la toux. Impossible de se coucher sur le côté droit.

Entre le quatrième jour.

À l'entrée, symptômes généraux graves. Température 41°. Céphalée. Langue saburrale. Soif vive et constipation. Herpès aux lèvres. Toux quinteuse, déchirante, très douloureuse.

Expectoration abricot claire.

Point de côté au niveau des fausses côtes droites.

Examen des poumons : À droite, en arrière, dans le tiers infé-

rieur, matité, augmentation des vibrations. Souffle tubaire au voisinage de la pointe de l'omoplate. Râles crépitants. Au sommet, respiration supplémentaire.

Rien à gauche.

Pouls rapide. Rien au cœur. Léger disque d'albumine.

2 mars. — Défervescence complète. Température 37°. Plus de dyspnée. Souffle encore intense. Pluies de râles sous-crépitaux fins. Retentissement de la voix et de la toux, submatité et vibrations augmentées.

4 mars. — A droite, le long de la colonne vertébrale, souffle tubaire. Dans tout le lobe inférieur, râles sous-crépitaux fins. Eclatement de bruits secs et superficiels à chaque secousse de toux.

7 mars. — Bon état général. A la base, *frottement*. Toujours souffle. Bruit sec de déplissement alvéolaire après chaque secousse de toux.

16 mars. — Quelques légers bruits de déplissement dans les grandes secousses de toux.

Le malade quitte l'hôpital en excellent état.

---

## OBSERVATION VII

### *Pneumonie congestive du poumon droit (lobe moyen).*

François J..., 27 ans, entré le 8 mars.

Père mort à 46 ans d'une affection pulmonaire aiguë.

Pas d'antécédents personnels.

Le 4 mars, le malade est pris d'une affection grippale : coryza, larmoiement, laryngite, léger rhume. Légère céphalée, quelques frissons.

Continue son travail.

Le 7 mars, se réveille avec un violent point de côté droit. Entre à l'hôpital : Dyspnée, toux sèche, quinteuse. Expectoration légère, rosée. Point de côté sous le sein droit. Température : 40° 6.

Rien au poumon gauche.

A droite : Obscurité à la base, en arrière et sous l'aisselle. Ni souffle, ni râles. Voix, toux, sonorité et vibrations normales.

Pouls : 128. Rien au cœur ni aux autres organes.

9 mars. — Persistance des symptômes généraux et fonctionnels. Mais ni râles, ni souffle. Expectoration jus d'abricot.

10 mars. — Mêmes signes généraux et fonctionnels. A la base droite, souffle léger aux deux temps. Sous l'aisselle, quelques râles sous-crépitaux fins à la fin de l'inspiration surtout.

11 mars. — Même état. Souffle, et dans l'aisselle, râles sous-crépitaux fins.

13 mars. — Déferescence. Température :  $37^{\circ} 3$ . Pouls : 76. Persistance du souffle. On perçoit le déplissement alvéolaire en même temps que quelques râles sous-crépitaux fins.

15 mars. — Au niveau de l'épine de l'omoplate, déplissement alvéolaire après la toux, au niveau où l'on perçoit le maximum du souffle qui persiste. Plus de fièvre. Excellent état général.

18 mars. — Souffle atténué. Persistance du déplissement alvéolaire surtout après la toux.

19 mars. — Disparition du déplissement.

Le malade sort complètement guéri le 29.

---

#### OBSERVATION VIII

Emile P..., 38 ans. Entre le 9 novembre 1901 à l'hôpital.

A eu les fièvres intermittentes en Syrie.

Pas de syphilis, ni d'éthylisme.

Début de l'affection actuelle, le 3, par frissons, point de côté, céphalées, vomissements.

9 novembre. — Etat fébril. Tachycardie.

Pas de souffle. Un crachal teinté de rouge. Quelques râles aux deux bases.

10 novembre. — Souffle tubaire très intense à tonalité élevée au niveau et au-dedans de l'angle à tonalité plus haute jusqu'à l'épine.

Râles sous-crépitaux au-dessous.

En avant dans les 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> espaces, souffle et râles fins. Matité autour de l'angle. Nombreux crachats gelée de groseille. Pouls avec quelques faux pas. On donne de la caféine.

11 novembre. — 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> espaces. Skodisme.

En dehors, submatité.

En arrière, au-dessus de l'angle de l'omoplate, tympanisme ; au-dessous, matité.

Souffle beaucoup moins étendu.

De l'angle à l'épine de l'omoplate nombreux râles crépitaux de déplissement.

Crachats gelée de groseille, Pouls régulier (1 R. 136).

12 novembre. — Défervescence.

En avant tympanisme des 3 premiers espaces. Dans les deux premiers pas de souffle. Râles sous-crépitaux aux deux temps.

A partir de 3<sup>e</sup> côte et en dehors du mamelon dans l'aisselle râles fins inspiratoires de déplissement augmentant par la toux.

En arrière submatité, de l'épine jusqu'à la base. Vibrations augmentées. Respiration un peu soufflante. Près de l'angle de l'omoplate et en dedans déplissement alvéolaire.

Crachats un peu rouges.

14 novembre. — Disparition du tympanisme antérieur et postérieur.

Plus de souffle. Crachats non teintés. En avant à partir de 3<sup>e</sup> côte et en arrière depuis base jusqu'à mi-hauteur entre angle et épine, râles de déplissement et submatité.

15 novembre. — Mêmes signes de percussion en avant et en arrière.

Râles de déplissement, sorte de grincement après la toux.

16 novembre. — Le déplissement s'atténue de haut en bas, surtout net vers la base. Un peu au-dessous de l'angle, vibrations augmentées.

18 novembre. — Vibrations augmentées. Disparition à peu près complète du déplissement.

---

OBSERVATION IX

*Pneumonie congestive du lobe supérieur gauche*

Emile B..., 26 ans. Entré le 8 mai.

Un frère mort de pneumonie.

Jeunesse robuste. Pas de syphilis. Léger alcoolisme mixte.

Dans la nuit du 20 au 21, le malade fut pris tout-à-coup d'un grand frisson, accompagné d'un point de côté intense à l'aisselle gauche. Immédiatement fièvre et chaleur qui empêchent le sommeil ; toux quinteuse, expectoration nulle ; céphalée violente, dyspnée marquée et exagérée par la violence du point de côté.

Actuellement, fièvre toujours intense, sueurs profuses et abondantes ; le point de côté s'est un peu calmé, mais le malade ne peut se coucher sur le côté gauche sans le réveiller et le rendre intolérable. Respiration assez fréquente ; toux plus grasse, expectoration gommeuse, teintée de sang, rouillée, très adhérente au fond du vase.

Le malade a sué abondamment pendant la nuit ; n'a pu dormir, agitation, délire, cauchemars, céphalée profonde et assez intense. Léger tremblement des mains

Anorexie complète. Pas de vomissements, pas de coliques, langue blanche, sèche, saburrale, un peu de subictère, visible surtout aux conjonctives, selles normales.

Au poumon droit rien d'anormal, quelques rhoncus seulement, rares et disséminés, avec respiration de compensation.

Au poumon gauche, en avant, sonorité diminuée seulement dans la moitié inférieure et externe ; les vibrations sont diminuées dans toute l'étendue de cette zone ; on y entend à l'auscultation un souffle tubaire intense avec bouffées de râles crépitants et inspiratoires, bien nets surtout entre la ligne axillaire et mamelonnaire vers le deuxième et troisième espace. La bronchophonie et la pectoriloquie aphone sont facilement obtenues.

Au poumon gauche, en arrière, le sommet, comme en avant, respire bien. Il en est de même sur toute la hauteur du poumon, le long de la colonne jusqu'à trois ou quatre travers de doigts de celle-ci et dans toute la base ; la respiration est seulement plus rapide, plus profonde, légèrement soufflante. Mais on distingue un souffle franchement tubaire et très net au-dessous de l'épine de l'omoplate dans une région dépassant l'angle inférieur de cet os et s'étendant de là dans la région axillaire tout entière où la matité est d'ailleurs très prononcée. Sur presque toute cette zone souffrante, râles crépitants, très fins, uniquement inspiratoires, éclatant par bouffées. Retentissement de la voix et de la toux, pectoriloquie aphone très nette.

Au cœur, bruits réguliers, rapides un peu faibles mais sans souffles. Pas d'hypertrophie apparente, la pointe bat au cinquième espace, entre les deux lignes mamelonnaire et axillaire. Pas de palpitations, mais hyperesthésie précordiale. Le pouls aussi est rapide, mais sans intermittences.

Température dépasse 39° ce matin.

Urines assez rares, fortement colorées, avec disques d'urate et d'albumine.

Foie ne semble pas dépasser le rebord costal et n'est pas douloureux. Matité splénique ne paraît pas exagérée.

25 mai. — La matité s'étend en avant ; plus haut, l'extrême sommet est toutefois sonore, plus sonore même qu'à l'état normal. Actuellement les râles crépitants sont nombreux, les vibrations sont toujours diminuées.

En arrière le souffle, qui la veille ne dépassait pas la ligne axillaire, s'étend jusqu'à la colonne vertébrale. Les râles ne dépassent toujours pas l'aisselle en arrière.

27 mai. — Aujourd'hui c'est au sommet en arrière que s'est étendu le souffle. Ce même souffle persiste en arrière au niveau de l'omoplate. Il a disparu en avant où il est remplacé par des râles crépitants de retour très nombreux après la toux. En avant au sommet sous la clavicule persistance de tympanisme.

Dans l'aisselle, quelques râles et souffles.

28 mai. — Souffle très diminué.

Le déplissement alvéolaire commence à se faire, sans gros râles crépitants de retour ; c'est plutôt un grincement inspiratoire.

2 juin. — Dans la fosse sous-épineuse, persistance de déplissement alvéolaire.

---

#### OBSERVATION X

##### *Emphysème pulmonaire. — Pleuro-congestion droite*

Jules B..., 48 ans. Entré à l'hôpital le 27 juin 1902.

Pas d'antécédents héréditaires.

Marié. Femme et enfants bien portants. Pas de syphilis. Ethylisme.

L'affection pour laquelle il entre a débuté le 25 juin par céphalées, courbatures, étourdissements, toux, sans grands frissons. Le 26, violent point de côté à droite.

A l'entrée, forte dyspnée. Facies vultueux. Toux. Expectoration légèrement teintée. Température 40°. Pas d'herpès. Pouls 84.

Poumon droit, matité de la moitié inférieure droite en arrière.

Vibrations diminuées. Bronchophonie. Souffle tubaire et foyers de râles fins. Dans le reste du poumon, quelques sibilances.

A gauche, sibilances.

Rien au cœur.

Léger disque d'albumine.

30 juin. — Défervescence. Température 37° 2.

1<sup>er</sup> juillet. — Examen des crachats: Pas de bacilles de Koch, ni de pneumocoques, mais streptobacilles.

Souffle et râles sous-crépitaux fins.

2 juillet. — Apparition des râles de déplissement.

7 juillet. — Idem.

10 juillet. — A la base, près de la colonne vertébrale, persistance d'un léger grincement après la toux.

---

OBSERVATION XI.

*Pneumonie congestive du lobe supérieur droit.*

Marius B..., 25 ans entre à l'hôpital le 23 mars 1901.

Aucun antécédents héréditaires.

A 21 ans, rougeole, puis deux bronchites.

En novembre 1900, séjour à l'hôpital pour une jaunisse, survenue brusquement, avec le tableau de la colique hépatique. L'ictère persista jusqu'en janvier 1901.

Il y a une dizaine de jours, léger état grippal.

Dans la nuit du 18 au 19, apparition d'un point de côté droit, puis de frissons et de toux.

A l'entrée, dyspnée vive (40). Toux sèche et quinteuse. Expectoration jus d'abricot. Point de côté sous le sein droit.

Etat général grave. Température : 40°2. Pas de sueurs. Diarrhée. Pas d'herpès.

Poumon droit : En arrière, submatité du sommet et de la base. Les vibrations sont difficiles à explorer à cause de la dyspnée. Souffle et râles sous-crépitaux dans les deux tiers supérieurs. Pas de souffle ni de râles à la base.

Sous l'aisselle, souffle aux deux temps, avec râles sous-crépitaux. En avant, submatité du deuxième au cinquième espace ; souffle avec râles sous-crépitaux fins, éclatant en bouffées après la toux. Quelques bruits secs aux deux temps, à timbre frottant, mais non constants. Rien au poumon gauche. Albumine. Pouls : 110.

26 mars. — Persistance des mêmes signes pulmonaires. En arrière, sous l'aisselle et en avant, souffle et râles sous-crépitaux.

A gauche, souffle bronchique et rhoncus disséminés.

Respiration : 40. Pouls : 110. Température : 39°5.

27 mars. — Défervescence. Température : 37°4. Peu de dyspnée. Bon état général

29 mars. — En arrière et à droite : matité, augmentation des vibrations. Respiration bronchique. Bruit de déplissement alvéolaire en un point très limité coïncidant avec le maximum de souffle. Bon état général.

6 avril. — Disparition de tous les signes.

---

OBSERVATION XII.

*Ethylisme. Pneumonie lobaire droite ataxo-adiynamique  
à marche envahissante. Défervescence lente.*

Ernest G., 40 ans, chauffeur. Entre à l'hôpital le 20 mars 1901.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires.

Marié. Femme bien portante ainsi qu'un enfant. Aucune affection antérieure. Début de l'affection le 28, par céphalée. Frissons, vomissements. Puis toux, point de côté droit en dehors du mamelon.

A l'entrée, dyspnée vive. Toux fréquente. Expectoration jus d'abricot. Température : 40°.

Au poumon droit : En arrière, submatité de la fosse sus-épineuse. La base et l'extrême sommet sonnent normalement. Souffle tubaire à la partie moyenne de l'omoplate. Gros rhoncus bronchiques qui disparaissent par la toux et sont remplacés par des râles sous-crépitaux fins. Dans toute cette zone hépatisée, broncho-pneumonie et toux à timbre métallique.

En avant, rhoncus.

Rien à gauche ni aux autres organes.

26 mars. — Température : 39°4. En avant des deux premiers espaces droits, matité ; souffle et râles crépitants fins se prolongeant un peu plus bas.

A droite et en arrière, au niveau de l'épine, matité, augmentation des vibrations. Souffle et apparition du déplissement.

A la base droite, nouveau foyer, augmentation des vibrations, matité, râles sous-crépitaux fins.

Il semble que les lobes supérieur et moyen aient fini leur hépatisation (puisque l'on a du déplissement). Le lobe inférieur semble se prendre.

27 mars. — Mêmes Signes. Crachats rouillés. Bains à 37°.

28 mars. — Température : 38°8. Pouls : 104. En avant et à droite, matité normale. Respiration normale. Quelques râles sous-crépitaux. Souffle et râles de déplissement alvéolaire en arrière, depuis l'épine de l'omoplate jusqu'au-dessous de l'angle. Râles sous-crépitaux à la base.

29 mars. — Mêmes signes.

30 mars. — En avant, râles fins de déplissement alvéolaire.

En arrière, submatité et râles sous-crépitaux fins à la base. Souffle au niveau de l'épine et, à ce niveau, grincement de déplissement.

Déferescence. Température : 37°5. Amélioration de l'état général.

---

#### OBSERVATION XIII.

##### *Pneumonie congestive de la base gauche.*

Clémence J..., 27 ans, femme de chambre. Entre à l'hôpital le 26 février 1901.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires.

Anémie et troubles gastriques à 23 ans, sans hématuries.

Début de l'affection actuelle le 23. Frisson violent. Point de côté gauche. Toux et essoufflement. Crachats rouillés.

A l'entrée, dyspnée peu vive. Crachats rouillés et adhérents.

A la base gauche, on a tous les signes d'une pneumonie (matité, souffle tubaire, râles éclatants, exagération des vibrations).

Rien aux autres organes. Température : 39°6.

28 février. — Déferescence brusque. Température : 36°.

16 mars. — L'état général a toujours été bon. Les jours après la défervescence, apparition, dans toute la zone du souffle, des râles de déplissement alvéolaire qui s'atténuent peu à peu, se produisant après la toux seulement et cessent le 13 ou le 14 mars.

---

#### OBSERVATION XIV.

##### *Pneumonie lobaire de la base droite.*

François V..., 58 ans, vigneron. Entre à l'hôpital le 30 mai 1900.

Légèrement éthylique.

A eu le 22 mai un point de côté intense à droite.

Actuellement, fièvre (39°8), oppression. Expectoration ambrée et adhérente. Poulx a quelques faux pas : 120.

A la base droite, râles crépitants inspiratoires. Souffle aux deux temps.

31 mai. — Bon état général. Température : 38°9. Poulx : 120. Râles un peu plus gros et s'entendant aux deux temps. Maximum de souffle à l'angle de l'omoplate.

1<sup>er</sup> juin. — Température : 38°. Poulx : 78. Respiration : 44.

Crachats toujours teintés. Souffle et râles persistent. En outre, léger frottement expiratoire à la base.

2 juin. — Mêmes signes, mais sans frottement. Défervescence complète. Température : 37°4.

6 juin. — Dans les grandes inspirations, on entend une pluie de râles très fins (râles de déplissement) et, dans cette zone on a toujours le souffle tubaire.

26 juin. — Plus de râles de déplissement, mais quelques râles plus gros et analogues aux sous-crépitaux de retour.

30 juin. — Disparition de tous les signes locaux.

---

OBSERVATION XV.

*Pneumonie congestive du sommet droit*

Marius D...., 34 ans, corroyeur. Entré à l'hôpital le 25 septembre 1901.

Rien à noter comme antécédents héréditaires.

Personnellement, s'enrhume facilement, mais a un bon état général

Il y a 5 à 6 jours, série de petits frissons, et violent point de côté à droite, en des endroits variables. A remarqué que ses crachats étaient rouillés.

15 Septembre. — VII<sup>e</sup> jour de la maladie. Température : 38° 9.

Foyer en dedans de l'omoplate droite. En avant, léger tympanisme à la partie interne du II<sup>e</sup> espace avec tendance à la fêlure. En arrière, - tympanisme en dedans de l'épine, et un peu au-dessous. Vibrations augmentées. Plus bas, vers angle matité, souffle tubaire et râles crépitants au niveau du tympanisme.

Rhoncus disséminés.

Crachats légèrement sucre d'orge, et abondants.

17 Septembre. — Défervescence.

En avant. Tympanisme avec fêlure du 1<sup>er</sup> espace. Vibrations augmentées. Râles sous-crépitanants d'autant plus fins que l'on s'approche du mamelon.

En arrière. Pas de matité vraie. Tympanisme en dedans et au-dessous de l'épine. Vibrations augmentées. Souffle et râles sous-crépitanants fins.

18 Septembre. — Défervescence complète. Expectoration abondante toujours caramel.

En avant, disparition du tympanisme avec fêlure.

En arrière. En dedans et au-dessous de l'épine vers la colonne on a de la submatité (au lieu du tympanisme). Vibrations augmentées. Souffle et râles sous-crépitanants. Pas de déplissement.

E. B.

21 Septembre. - Déplissement alvéolaire fin en arrière jusqu'au sommet.

En avant jusqu'à 2<sup>e</sup> côté et sous l'aisselle, mêmes signes.

Respiration soufflante sous l'épine.

Crachats toujours caramel, abondants.

24 Septembre. - Mêmes signes, mêmes crachats.

26 Septembre. - Respiration normale en arrière sous l'épine *déplissement ou grincement très léger*, augmentant par la toux.

Latéralement dans l'aisselle déplissement très fin.

Crachats à peine teintés.

27 Septembre. - Atténuation même de l'aisselle.

Sous l'épine et dans l'aisselle, déplissement seulement après la toux. Crachats muqueux.

3 Octobre. - Sous l'épine, encore du grincement, après la toux.

5 Octobre. - Disparition complète des signes locaux.

Part le 7.

#### OBSERVATION XVI

##### *Pneumonie du lobe inférieur droit*

Stanislas B..., 31 ans, apprêteur.

Entre à l'hôpital le 29 octobre 1898.

Père mort d'une affection pulmonaire (fluxion de poitrine), et mère d'une affection cardiaque.

Personnellement, arthrite blennorrhagique du genou droit, à 27 ans. Ethylisme et fièvre intermittente contractée au Tonkin.

Depuis trois ans, toussé fréquemment. Pas d'hémoptysies, et bon état général.

L'an passé, séjour à l'hôpital pour une congestion pulmonaire droite.

Pas de syphilis.

Début très brusque de l'affection actuelle, le 28 au matin par frissons et céphalées.

29 octobre. — A eu ce matin, un point de côté violent sous le sein droit.

Oppression. Température : 40° 6. Pouls : 120.

Crachats rouillés et adhérents.

Poumon droit : En arrière, matité de la base et quelques râles sous-crépitaux lointains. Submatité sous la clavicule, sans râles ni souffle.

30 octobre. — Température : 39° 6. Pouls : 104. Respiration : 50.

2 novembre. — Température : 39° 8. Pouls : 120. Respiration : 36.

Matité à la base avec souffle tubaire et quelques gros râles.

Bronchophonie. En avant, exagération des vibrations, sans souffle.

4 novembre. — Souffle jusqu'au ras de l'épine et nombreux râles sous-crépitaux. Pectoriloquie aphone.

5 novembre. — Défervescence. Température : 37° 8. Souffle et râles sous-crépitaux humides.

6 novembre. — Dans toute la moitié inférieure, bruits fins respiratoires de déplissement alvéolaire. Vibrations toujours amoindries.

7 novembre. — On n'entend plus que quelques râles et le souffle. Vibrations de nouveau diminuées.

9 novembre. — Pluies de râles secs. Vibrations revenues.

11 novembre. — Persistance du déplissement alvéolaire surtout marqué après la toux et dans les grandes inspirations.

17 novembre. — Persistance du déplissement alvéolaire avec les mêmes caractères.

18 novembre. — Les râles de déplissement ont complètement disparu.

Le malade sort.

---

OBSERVATION XVII

*Pneumonie lobaire du sommet droit*

Ferdinand C..., 40 ans, boulanger.

Entre à l'hôpital le 24 juin 1893.

Pas de diathèses. Pas d'alcoolisme. Fièvre jaune dans les Antilles à 32 ans. Guérison parfaite.

Depuis longtemps, bonne santé.

Il y a huit jours, sans cause appréciable, se déclarèrent des vomissements, des courbatures, de la toux avec expectoration. Le malade était secoué par un violent frisson avec point de côté à droite.

A l'entrée : Pas de grande dyspnée ; point de côté moins intense. En somme, la défervescence semble commencée. Température : 38° 2. Crachats toujours colorés et adhérents.

Au poumon droit, dans la fosse sus-épineuse, près de la colonne on a tous les signes typiques d'une pneumonie, souffle tubaire, bronchophonie, matilé, pectoriloquie aphone. De plus, on note des râles crépitants très fins couvrant toute l'inspiration.

Rien à gauche, ni aux autres organes.

26 juin. — Température : 37°. Bon état général.

Mêmes signes d'auscultation. Crachats sucre d'orge par places.

27 juin. — Toujours souffle tubaire. Et après la toux, râles crépitants extrêmement fins.

29 juin. — Souffle tubaire. La toux est sèche, donnant lieu comme à un froissement. Dans l'inspiration qui suit la toux, on entend de nombreux râles crépitants.

3 juillet. — Le souffle a disparu. Toujours crépitation fine, sorte de déplissement en avant sous la clavicule, et dans la fosse sus-épineuse. Retentissement de la voix.

9 juillet. — Les signes d'auscultation ont disparu.

---

OBSERVATION XVIII

*Pneumonie lobaire de la base droite*

Jean-Julien B..., emballleur, 20 ans. Entré le 17 octobre 1893.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

Le 13 au soir, épistaxis.

Le 14, courbature, frisson, toux sans point de côté. Pas de diarrhée. Vomissements.

Actuellement, pas de céphalée caractérisée. Depuis hier, touse davantage, et ses crachats adhérant au vase, ont une coloration rouillée. Hier, a eu une nouvelle épistaxis.

Grande lassitude, mais non hébétude. Soif vive. Temp., 39° 5.

Examen du malade : Ventre ni rétracté, ni météorisé. Pas de gargouillements de la fosse iliaque.

Poumon : A droite, respiration obscure, sans râles ni craquements. A la base, on a du souffle tubaire, surtout inspiratoire. Voix égophonique. Quelques râles inspiratoires fins. Vibrations plutôt diminuées.

A gauche, la respiration s'entend mal. Mais pas de bruits anormaux.

18 octobre. — Fosse iliaque un peu douloureuse, et à la pression, en insistant, on peut provoquer quelques gargouillements. Albumine dans les urines.

19 octobre. — Expectoration jus de pruneaux. Le souffle existe à droite avec la même étendue. Bronchophonie intense.

22 octobre. — Défervescence. Température : 37° 2.

23 octobre. — Souffle cantonné à la base. Plus de râles. Plus d'albumine.

26 octobre. — Le souffle se limite de plus en plus. Après la toux, bouffées crépitanes très fines. Vibrations plutôt diminuées.

30 octobre. — Il y a toujours du souffle expiratoire, du retentissement de la voix, et des bruits fins de déplissement alvéolaire.

3 novembre. — Les bruits fins de déplissement s'atténuent de plus en plus.

7 novembre. — Le déplissement n'existe plus.

---

#### OBSERVATION XIX

*Elhylisme. - Pneumonie du lobe supérieur droit.*

*Déferescence en lysis.*

François D.... 39 ans, voiturier. Entré à l'hôpital le 25 novembre 1895.

Père mort à la suite d'une attaque apoplectiforme. Mère morte de suite de couches,

Personnellement, habitudes d'alcool depuis longtemps (vin, cognac et absinthe). Pas de syphilis,

Fièvre typhoïde à 20 ans.

Depuis longtemps, s'enrhume facilement l'hiver. Jamais d'hémoptysie.

Il y a trois mois, embarras gastrique.

Le début de l'affection actuelle remonte à 3 jours. Le 13 au soir, violent point de côté au niveau de la région sternale inférieure. Pas de frisson bien marqué. Oppression vive. Toux abondante et crachats rouillés.

Actuellement, facies coloré, conjonctives subictériques. Dyspnée; 30.

Toux pas très fréquente. Crachats adhérents et teintés légèrement. Pas d'herpès. Pouls régulier à 120. Albumine. Température 39° 7.

Poumon gauche. Rien d'anormal.

Poumon droit. Matité dans l'aisselle et en arrière au sommet. Dans toute la région mate les vibrations sont exagérées. En avant, petits râles à timbre crépitant. Dans l'aisselle même râles et souffle assez intense. En arrière, vers la partie moyenne souffle surtout expiratoire, à timbre quelque peu cavitaire. Retentissement de la voix et de la toux dans l'aisselle et en arrière.

Foie dépassant les fausses côtes de 3 travers de doigt.

18 Novembre. - Dyspnée vive (40). Pouls 100, petit subictère des conjonctives. Crachats teintés. Délire.

Localement, en arrière, le souffle tubaire s'entend jusqu'à l'angle de l'omoplate avec de nombreux râles crépitants. En avant, râles sous-crépitaux et soufflants.

19 Novembre. - Délire. Pouls : 112. Respiration : 32. Localement pluie de râles fins sans souffle dans les deux tiers supérieurs en arrière.

20 Novembre. - Température : 38° 5, Bon état général, Localement, pluie de râles fins avec bronchophonie sans souffle.

23 Novembre. Persistance encore en arrière de bouffées de râles à timbre crépitant un peu au-dessous de l'omoplate.

25 Novembre. - Foyer au niveau de l'angle de l'omoplate où l'on entend des petits râles de déplissement alvéolaire.

29 Novembre. - Les râles crépitants fins ne s'entendent que dans les grandes inspirations.

10 Décembre. - Encore quelques bruits de déplissement après la toux, vers l'épine de l'omoplate.

14 Décembre. - Restitutio ad integrum.

---

OBSERVATION XX

*Pneumonie congestive de la base gauche.*

Victor B..., 34 ans, tisseur. Entré à l'hôpital le 25 mai 1899.

Pas d'antécédents héréditaires.

A eu la variole à 15 ans. Une pneumonie à 29 ans. Pas d'éthylisme.

L'affection actuelle a débuté brusquement dans la nuit du 21 au 22, par un violent point de côté qui gênait la respiration. Voulut néanmoins se lever pour aller au travail. Dut s'aliter au bout d'une heure. Bientôt se mit à tousser et à expectorer des crachats couleur caramel ; il eut des frissons, de la céphalée et des vomissements.

Actuellement : malade oppressé, au visage vultueux, toussant fréquemment. Toux grasse et facile. Crachats épais sucre d'orge.

Point de côté à gauche existe toujours, mais beaucoup amendé. Céphalées. Plus de frissons, ni de vomissements. Température : 40° 3. Pouls : 136.

A l'examen du thorax : Matité en arrière à la base gauche, remontant un peu plus haut que l'angle inférieur de l'omoplate. Cette matité existe également dans la région axillaire. Mais en avant de ce côté, la sonorité est normale. Son normal à droite.

Vibrations normales à gauche. En arrière, à la base, on a jusque dans la fosse sous-épineuse un souffle expiratoire tubaire à timbre presque cavitairé. Par moments, quelques râles sous-crépîtants de retour peu nombreux, se rencontrant le long de l'aisselle. Bronchophonie.

Au sommet gauche, respiration rude supplémentaire.

Rien à droite.

Rien au cœur, ni aux autres organes.

26 mars. — Défervescence. Température : 37° 5. Bon état général.

Souffle moins intense n'ayant plus le timbre cavitairé. Les râles sous-crépîtants de retour éclatent par bouffées dans toutes les régions de la base et l'aisselle.

29 mars. — Dans la région qui se trouve autour de l'angle inférieur de l'omoplate, on a une zone assez étendue où l'on a une respiration bronchique.

Le long de la colonne, on a des râles très fins crépitants à la fin de l'inspiration.

Le long de la région axillaire, râles plus gros et plus humides.

Température normale. Bon état.

31 mars. — Le long de la colonne, après la toux, dans les inspirations profondes, on a des râles fins de déplissement.

1<sup>er</sup> avril. — Persistance du déplissement.

4 avril. — Disparition de tout signe d'auscultation

---

#### OBSERVATION XXI

##### *Pneumonie du lobe moyen droit*

Clément N..., 62 ans, tisseur.

Entré à l'hôpital le 25 mars 1898.

Ni antécédents héréditaires, ni antécédents personnels.

Le 19, au soir, début brusque de l'affection actuelle. Violent frisson, qui fut unique et dura deux heures. Toux, expectoration et dyspnée. Violent point de côté droit.

Actuellement, tous les symptômes du début persistent. Dyspnée. Toux fréquente. Crachats abondants. Température: 39° 5.

Examen du poumon: A droite, en arrière, submatité très nette. Cette submatité se prolonge en avant et s'arrête dans le deuxième espace intercostal. Au niveau du premier espace, tympanisme net. Au niveau de la région mate, exagération des vibrations vocales. Respiration presque nulle. Presque immédiatement au niveau de l'épine de l'omoplate, on entend à la fin de l'inspiration, surtout

après la toux, toute une pluie de râles fins crépitants. Ils s'entendent jusqu'à la base. A l'extrême base, ils sont mélangés de râles expiratoires. Remontant latéralement jusqu'au creux axillaire, on entend ces râles plus nombreux encore, et au niveau du creux, la respiration devient soufflante. Au sommet, en avant, pas de râles, respiration soufflante, dont le maximum est au-dessus et en dedans du mamelon ; à ce niveau, souffle rude aux deux temps. Bronchophonie.

Crachats visqueux et adhérents.

Rien à gauche, ni aux autres organes.

27 mars. — Température : 38° 9. Pouls : 80. Respiration : 30.

28 mars. — Température : 37° 6. Défervescence.

30 mars. — On commence à percevoir le déplissement alvéolaire en arrière et en avant, dans une zone plus étendue que celle du souffle.

Crachats teintés.

5 avril. — La crépitation inspiratoire très fine s'entend encore, mais à peine, dans les grandes secousses de toux.

---

#### OBSERVATION XXII

Léonard U..., 49 ans, maçon. Entré à l'hôpital le 24 janvier 1898.

Un séjour antérieur pour emphysème et dilatation du cœur droit, il y a 3 ans. Depuis touse fréquemment.

Il y a 5 jours, violent point de côté droit et dyspnée. Toux fréquente. Anorexie à l'entrée, dyspnée, point de côté. Température : 39° 6. Crachats non teintés.

Signes de dilatation du cœur droit.

Poumon droit. Voussure légère de la base. Submatité et exagération des vibrations à cette base et quelques râles fins perdus au milieu de rhoncus et de sibilances.

A gauche, sibilances.

25 janvier. — Dyspnée très vive.

Crachats teintés. Apparition d'un souffle tubaire dans le creux axillaire et de râles fins qui font porter le diagnostic de pneumonie lobaire.

27 janvier. — Cyanose. Mêmes signes pulmonaires et cardiaques.

29 janvier. — Souffle tubaire intense. Des râles s'entendent nettement à la base droite. Ailleurs plus de sibilances. Température : 37° 6. (Défervescence).

31 janvier. — Amélioration notable. Souffle persiste avec râles.

4 janvier. — Souffle tubaire.

8 janvier. — Toujours souffle et râles dans le poumon droit, à la base.

11 Janvier. — On a depuis ce matin du déplissement alvéolaire, manifesté par une crépitation fine à la fin de l'inspiration.

14 Janvier. — Crépitation fine en un point très limité. Et ailleurs, quelques râles fins, mais aux deux temps.

18 Janvier. — La crépitation très fine existe toujours.

Son timbre est bien spécial et facilement reconnaissable: elle éclate après la toux ou après une forte inspiration, on l'entend mais moins forte, après une inspiration ordinaire, elle est composée d'une série de petits râles secs, apparaissant presque simultanément, râles très superficiels, passagers.

22 Janvier. — La crépitation est très limitée, mais existe toujours.

23 Janvier. — Même état de la crépitation.

3 Février. — Crépitation plus étendue, température 37° 2.

7 Février. — La zone crépitante existe toujours, submatité, augmentation des vibrations.

15 Février. — On trouve de gros râles qui ne sauraient se confondre avec le déplissement alvéolaire

16 Février. — Le malade sort.

---

Le râle est d'une certaine utilité en clinique pour diagnostiquer la phase d'une pneumonie.

5° Nous estimons que le râle de déplissement alvéolaire est dû au décollement brusque par l'air inspiré, des parois alvéolaires agglutinées par l'exsudat en voie de liquéfaction.

*Le Président de la Thèse,*

BONDET.

VU :

*Le Doyen,*

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 8 juillet 1904.

*Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,*

COMPAYRÉ.

---

## BIBLIOGRAPHIE

*(Ne contient que les auteurs cités dans le cours de notre travail).*

---

- LAENNEC..... Traité de l'auscultation médicale. — 1826.  
BOUILLAUD.....  
DAMOISEAU..... Archives générales de médecine. — 1843.  
GRISOLLES..... Traité de la pneumonie. — 1864.  
WALTER WALSH. Traité clinique des maladies de poitrine. Traduc-  
tion Fonsagrives. — 1870.  
WOILLEZ..... Traité des maladies aiguës du Poumon. — 1872.  
Trousseau..... Cliniques . — 1877.  
JACCOUD..... Traité de Pathologie interne. — 1883.  
G. SÉE..... Maladies spécifiques du poumon. — 1885.  
BARTH et ROGER.. Traité d'auscultation.  
GRANCHER..... Maladies de l'appareil respiratoire. — 1890.  
BOULAY..... La pneumonie lobaire aiguë. — 1891.  
MARFAN..... Traité de médecine Charcot-Bombard. T. IV.  
COLLET..... Précis de pathologie interne, 3<sup>e</sup> édition.
-

---

**LYON**

**IMPRIMERIE J. PRUDHOMME**

32, cours Gambetta, 32

---

# Le Rôle

DE DÉPLISSEMENT ALVÉOLAIRE

dans la Pneumonie

